

Kwestionariusz Jakości Życia w Depresji (QLDS) – powstanie narzędzia oraz adaptacja do warunków polskich

Quality of Life in Depression Scale (QLDS) – development of the scale and Polish adaptation

Mikołaj Majkowicz¹, Agata Zdun-Ryżewska¹, Jerzy Landowski²,
Krystyna de Walden-Gałaszko³, Magdalena Podolska⁴

¹Katedra Psychologii GUM w Gdańsku, Akademia Pomorska w Słupsku

Kierownik: prof. dr hab. M. Majkowicz

²Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego GUM w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Landowski

³Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku

Dyrektor: dr n. med. E. Solska

⁴NZOZ Meditest. Diagnostyka Medyczna w Szczecinie

Kierownik: dr n. med. J. Podolski

Summary

Aim. The aim of this study was to adapt the Quality of Life in Depression Scale to Polish conditions. The scale determines the quality of life, defined in terms of the concept of needs, and focuses on patients with depressive disorders. Since its basic version has been developed, the tool was adapted in many countries, also outside Europe.

Method. The adaptation procedure included the translation of the original version into Polish, followed by the English retranslation, and was performed by four independent, qualified translators. The final Polish version was verified during a pilot study.

Results. This pilot study confirmed high reliability of the Polish version of Quality of Life in Depression Scale.

Conclusion. The Quality of Life in Depression Scale (QLDS) can be considered an interesting tool in view of its broad theoretical background, and a simple procedure to complete during a clinical evaluation. The use of a specialist translation procedure, and the results of our pilot study suggest that the QLDS can be used in further research, both when evaluating a clinical population and when dealing with individual patients.

Słowa kluczowe: jakość życia, zaburzenia depresyjne, psychiatria

Key words: quality of life, depressive disorders, psychiatry

Wstęp

Quality of Life in Depression Scale (QLDS) to kwestionariusz autorstwa Sonji M. Hunt i Stephena McKenny. Jego podłoże teoretyczne stanowi popularna koncepcja jakości życia oparta na teorii potrzeb [1]. O tym, że potrzeby pacjentów są istotne nie tylko dla kształtowania jakości życia, ale mają wpływ na proces zdrowienia i zmniejszania objawów psychopatologicznych, donosiło wielu autorów [2–4]. Dla Hunt i McKenny impulsem do stworzenia tej skali był podobny wniosek wysnuty na podstawie nieustrukturyzowanych wywiadów przeprowadzonych z pacjentami z depresją. W ich trakcie chorzy spontanicznie oceniali wpływ depresji na własne życie, odnosząc się do potrzeb (np. miłości, towarzystwa, opiekania się sobą), a retrospektywnie proces zdrowienia utożsamiali z rosnącą ilością potrzeb, które mogli samodzielnie zaspokajać. Takie ujęcie jakości życia pozwala spojrzeć na pacjenta nie tylko poprzez pryzmat stanu zdrowia, zatrudnienia, lub jego braku, posiadania szerokiej lub ubogiej sieci kontaktów społecznych. Znaczenie ma to, jak te wszystkie czynniki wpływają na umiejętność zaspokajania własnych, dobrze odczytanych potrzeb. Podkreśla to konieczność indywidualnego podejścia do każdego pacjenta w kontekście szacowania jego jakości życia i stosowania w tym celu odpowiednich narzędzi.

Metoda

Konstrukcja oryginalnego kwestionariusza Quality of Life in Depression Scale

Prace nad powstaniem QLDS autorzy rozpoczęli od analizy literatury, która poruszała zagadnienie motywacji [1]. Efektem było powstanie listy potrzeb, które mogły być istotne dla jakości życia:

- pożywienie, sen, aktywność, seks, unikanie bólu,
- zapewnienie ciepła, schronienia, bezpieczeństwa, wolność od strachu, stabilność,
- uczucie, miłość, kontakt fizyczny, intymność, przywiązanie, komunikacja, wymiana doświadczeń, wspólne realizowanie celów, afiliacje,
- ciekawość, eksploracja, zabawa, stymulacja, radość, kreatywność, poczucie sensu,
- tożsamość, status, uznanie, aprobata, docenienie, bycie użytecznym dla innych osób, szacunek, kompetencja, poczucie własnej wartości, mistrzostwo, osiągnięcia, władza, niezależność, wolność,
- ustrukturyzowany czas,
- samorealizacja.

Kolejnym krokiem było przeprowadzenie wywiadów z osobami, które aktualnie albo w przeszłości chorowały z powodu depresji. Ich celem było ustalenie, czy objawy depresji w jakikolwiek sposób wpływają na wymienione wyżej potrzeby, oraz czy następują pod tym względem zmiany w związku z postęпами w leczeniu.

W badaniach wzięło udział 30 pacjentów (22 kobiety, 8 mężczyzn, w wieku od 19 do 64 lat).

Po przeprowadzeniu analizy zebranego materiału Hunt i McKenna wyodrębnili 426 stwierdzeń odnoszących się do interesującego ich zagadnienia. Poddano je dalszej

selekcji, w wyniku której powstał zbiór 75 stwierdzeń, z których wyeliminowano te, które się powtarzały, na skutek czego otrzymano 41 stwierdzeń. Sformułowano je, nadając postać osobistych wypowiedzi – ze względu na fakt, że taka forma jest skuteczna i łatwo przyswajalna przez osoby badane, co ma szczególne znaczenie w przypadku pacjentów z depresją [5].

Tak otrzymaną skalę autorzy wykorzystali w praktyce. Po wyrażeniu zgody w badaniach wzięło udział 35 pacjentów (22 kobiety, 13 mężczyzn, w wieku od 24 do 72 lat), których poproszono o wypełnienie skali i podzielenie się wrażeniami. Nikt z badanych nie miał kłopotów przy wypełnianiu skali, niektórzy dodawali komentarze, takie jak: „to właśnie tak, jak się czuję”, „to właśnie mi się przydarzyło” albo nawet „chciałbym, żeby mój lekarz zapytał mnie o to”.

Po przeprowadzeniu dalszych analiz zrezygnowano z siedmiu stwierdzeń z powodu ich niskiej mocy dyskryminacyjnej, trudności w udzielaniu odpowiedzi lub kłopotów, jakie mogłyby sprawić przy adaptowaniu narzędzia w innych krajach.

Gotowe narzędzie Quality of Life in Depression Scale zostało przetestowane pod względem psychometrycznym [6]. Do pierwszych pomiarów należała ocena rzetelności. Pacjenci ($n = 74$, 31 kobiet, 43 mężczyzn, wiek od 20 do 70 lat), którzy wzięli udział w badaniach, spełniali następujące kryteria: pozostawanie pod opieką ambulatoryjną lub szpitalną, brak zmian w leczeniu, brak objawów, wyrażenie zgody, kolejne zachorowanie na depresję. Test oceniono stosując trzy metody: testu-retestu, wewnętrznej spójności i wskaźnika Guttmana, które wykazały dużą rzetelność (metoda testu-retestu, zwłaszcza u pacjentów z utrzymującą się depresją, dała wskaźnik w wysokości 0,94, alfa Cronbacha 0,97, a wskaźnik Guttmana 0,93).

Trafność skali sprawdzano, korelując wyniki z kwestionariuszem General Well-Being Index (GWBI) mierzącym subiektywny i psychologiczny dobrostan. Uczyniono tak ze względu na braku innego narzędzia do pomiaru jakości życia w depresji [7].

Grupa badanych spełniająca wyżej wymienione kryteria, do których dołączono wymóg nieuczestniczenia we wcześniejszych badaniach, składała się z 21 mężczyzn i 49 kobiet w wieku od 18 do 80 lat. Korelacja między dwoma narzędziami QLDS i GWBI wyniosła 0,79, co wskazuje na występowanie powiązań między dobrostanem a jakością życia [6].

Kwestionariusz znajduje swoje zastosowanie w pracy z pacjentami cierpiącymi zarówno z powodu choroby afektywnej jednobiegunowej, jak i dwubiegunowej [8, 9].

Gregoire i wsp. dodatkowo udowodnili, że QLDS można z powodzeniem stosować także u osób cierpiących z powodu depresji i mających więcej niż 60 lat [10].

QLDS był wielokrotnie wykorzystywany w różnych badaniach, np. służących do oszacowania efektywności różnych metod leczenia [11–14].

Jako ciekawostkę można podać fakt, iż w przypadku Quality of Life in Depression Scale prace nad jego powstaniem odbywały się równocześnie w dwóch krajach i w dwóch wersjach językowych: angielskiej i holenderskiej [15].

Od czasu skonstruowania podstawowej wersji test zgodnie ze swym założeniem został zaadoptowany w wielu krajach: Danii, Francji, Włoszech, Hiszpanii, Niemczech, Austrii, Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, Węgrzech, Norwegii, Szwecji, Finlandii, Izraelu, Brazylii, Maroku [16–19].

Adaptacja językowa Kwestionariusza Jakości Życia w Depresji (QLDS) do warunków polskich – procedura tłumaczenia

Zadania adaptacji narzędzia do warunków polskich podjął się zespół z Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych w Gdańsku. Po uzyskaniu zgody na stosowanie tego narzędzia do badań naukowych od firmy dysponującej prawami autorskimi rozpoczęto tłumaczenie kwestionariusza z języka angielskiego na język polski. Dokonały tego niezależnie dwie osoby dysponujące odpowiednimi kwalifikacjami: absolwentka psychologii oraz profesor psychiatrii. Po wykonaniu pracy nastąpiło spotkanie obu tłumaczy, w trakcie którego porównano obie wersje. Efektem wspólnych uzgodnień była pierwsza polska wersja kwestionariusza.

Tę wersję otrzymały kolejne dwie osoby – dwaj obywatele brytyjscy biegle posługujący się językiem polskim, wykładowcy Wydziału Anglistyki Uniwersytetu Gdańskiego. Niezależnie od siebie dokonali tłumaczenia pierwszej wersji polskiej ponownie na język angielski. Zabieg taki nosi nazwę retranslacji (back translation). Podczas wspólnego spotkania porównali obie wersje i zdecydowali się na jedną, najbardziej adekwatną.

Ostatni etap polegał na spotkaniu wszystkich czterech tłumaczy, dyskusji i uzgodnieniu wersji ostatecznej kwestionariusza.

Material

Grupę badawczą (pilotażową) stanowiły 33 osoby (tabela 1). Byli to pacjenci Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych leczeni z powodu zespołów depresyjnych o różnym podłożu. W skład badanej grupy weszły osoby z rozpoznaniem chorób afektywnych ($n = 15$), 10 osób z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi mieszanymi, 5 osób z rozpoznaniem organicznych zaburzeń nastroju oraz 3 osoby z depresją poschizofreniczną.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy pacjentów

Płeć	K	12 (36,4%)
	M	21 (63,6%)
Wiek w latach	Średnia	47,24
	Odchylenie standardowe	12,39
Wykształcenie	Niepełne podstawowe	2
	Podstawowe	7
	Zawodowe	5
	Średnie	9
	Wyższe	10
Stan cywilny	Wolny	3
	Zamężna/zonaty	22
	Rozwiedziona/y, w separacji	4
	Wdowa/wdowiec	4

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zatrudnienie	Czynne zawodowo	15
	Renta	8
	Emerytura	5
	Bezrobotni	5
Charakter pracy	Praca fizyczna	42,86%
	Praca umysłowa	57,14%
Źródło utrzymania	Praca własna	34,12%
	Zasilek, renta	32,94%
	Pomoc rodziny	16,47%
	Emerytura	16,47%

Wyniki i omówienie

Ostatecznym efektem procedury tłumaczenia była polska wersja Kwestionariusza Jakości Życia w Depresji, którą załączamy.

Kwestionariusz wykorzystano w badaniach pilotażowych w celu wstępnej oceny jego rzetelności.

Normalność rozkładu sprawdzono za pomocą nieparametrycznego testu Kołmogorowa-Smirnowa ($Z = 0,7392$; $p = 0,6453$), co oznacza, że przyjęta została hipoteza wskazująca na fakt, że rozkład ogólnego wyniku QLDS nie odbiega od rozkładu normalnego.

Tabela 2. Podstawowa charakterystyka statystyczna odpowiedzi na pytania QLDS

Numer pytania	Średnia arytmetyczna	Błąd standardowy, średnia	Odchylenie standardowe	N
1	0,61	0,09	0,50	33
2	0,39	0,09	0,50	33
3	0,73	0,08	0,45	33
4	0,30	0,08	0,47	33
5	0,48	0,09	0,51	33
6	0,55	0,09	0,51	33
7	0,84	0,07	0,37	32
8	0,67	0,08	0,48	33
9	0,67	0,08	0,48	33
10	0,64	0,09	0,49	33
11	0,55	0,09	0,51	33
12	0,39	0,09	0,50	33
13	0,36	0,09	0,49	33
14	0,61	0,09	0,50	33
15	0,47	0,09	0,51	32

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

16	0,85	0,06	0,36	33
17	0,55	0,09	0,51	33
18	0,76	0,08	0,44	33
19	0,64	0,09	0,49	33
20	0,58	0,09	0,50	33
21	0,64	0,09	0,49	33
22	0,33	0,08	0,48	33
23	0,30	0,08	0,47	33
24	0,58	0,09	0,50	33
25	0,42	0,09	0,50	33
26	0,48	0,09	0,51	33
27	0,48	0,09	0,51	33
28	0,58	0,09	0,50	33
29	0,70	0,08	0,47	33
30	0,47	0,09	0,51	32
31	0,55	0,09	0,51	33
32	0,66	0,09	0,48	32
33	0,38	0,09	0,49	32
34	0,52	0,09	0,51	33

Dokonano również porównań pod względem podstawowych charakterystyk statystycznych obu wersji kwestionariusza: polskiej i angielskiej (tabela 3).

Tabela 3. Wyniki QLDS w wersji polskiej i angielskiej – podstawowa charakterystyka statystyczna

Wersja	Zakres	Średnia	Odchylenie standardowe
polska	0–34	19,9	10,6
angielska	0–34	14,4	11,5

Zaobserwowano różnice w zakresie średnich wyników między wersją polską (gdzie średni wynik okazał się wyższy) a wersją angielską. Jest to najprawdopodobniej wynik różnic w doborze badanej grupy pacjentów. W Wielkiej Brytanii w badaniach wzięli udział pacjenci zarówno hospitalizowani, jak i ambulatoryjni, podczas gdy w polskich badaniach tylko hospitalizowani. Można założyć, że u pacjentów hospitalizowanych nasilenie przeżywanego dyskomfortu będzie znacznie większe, co z pewnością spowodowało rezygnację z leczenia ambulatoryjnego, a konieczność skorzystania z leczenia szpitalnego.

Dokonano oceny rzetelności, która służyła między innymi weryfikacji poprawności dokonanego tłumaczenia. W tym celu zastosowano różne metody w postaci współ-

czynników rzetelności. Porównanie wykazuje, że kwestionariusz zarówno w wersji oryginalnej, jak i w polskiej jest narzędziem rzetelnym (tabela 4).

Tabela 4. Ocena rzetelności kwestionariusza QLDS w wersji polskiej i oryginalnej

Wersja	Współczynniki rzetelności		
	Cronbach	Guttman	Spearman-Brown
polska	0,93	0,91	0,92
angielska	0,97	0,93	brak danych

Omówienie wyników

Kwestionariusz Jakości Życia w Depresji (QLDS) jest narzędziem interesującym zarówno z perspektywy szerszych badań klinicznych (między innymi dotyczących efektywności leczenia), jak i z perspektywy codziennych, indywidualnych kontaktów z pacjentem. Ma wiele pozytywnych cech, które podkreślają jego przydatność. Należy tu wymienić między innymi fakt posiadania wyraźnego podłoża teoretycznego. Niestety, wiele kwestionariuszy do badania jakości życia nie spełnia tego warunku, w rezultacie prowadząc do zamieszania (stosując kwestionariusz nie wiemy, jak jego autor zdefiniował jakość życia i wobec tego, co dokładnie mierzy, co utrudnia interpretację wyników). Optymistyczne jest samo przesunięcie akcentów z dosyć popularnego przy konstruowaniu narzędzi do pomiaru jakości życia podejścia skupiającego się na deficytach, w kierunku zaspokajania potrzeb, zasobów i tego, jak je wykorzystywać w procesie zaspokajania potrzeb.

Kwestionariusz jest łatwy do zastosowania dla wypełniającego go pacjenta, jak i dla badacza.

Zastosowana zgodnie z wymogami metodologicznymi procedura translacji i retranslacji, oraz wykonane przy użyciu narzędzia badania pilotażowe pozwalają oceniać QLDS jako narzędzie rzetelne i warte zastosowania w kolejnych badaniach.

Глоссарий качества жизни и депрессии (ГКЖиД) – конструкция пособий и адаптация в польских условиях

Содержание

Задание. Заданием Авторов работы была адаптация пособия качества жизни и депрессии (КЖиД) в польских условиях. Шкала служит для измерения качества жизни (дефинированной) в концепции потребностей и предназначена для пациентов с депрессивными нарушениями. Со времени конструкции основной версии, это пособие приспособлено для использования во многих, не только в европейских странах.

Метод. Применена процедура перевода англоязыкового пособия, состоящая на проведении трансмиссии на польский язык и ретрансмиссии снова на английский язык четырьмя квалифицированными переводчиками. Таким образом, польская версия была использована для пилотажных исследований.

Результаты. Пилотажные исследования показали, что польская версия Глоссария качества жизни и депрессии обладает высокой достоверностью.

Выводы. Глоссарий качества жизни и депрессии является интересным пособием ввиду на факт присутствия большого теоретического фона, простота его заполнения исследованными

и оценки со стороны клинициста. Примененная процедура специального перевода и исполнение при использовании пособия пилотажные исследования позволяют оценить КЖиД как ценные методы в очередных исследованиях не только в клинической популяции, но и при индивидуальном контакте с пациентом.

Ключевые слова: качество жизни, депрессивные нарушения, психиатрия

Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität in der Depression (QLDS) – Entstehung des Instruments und Adaptation an polnische Verhältnisse

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Autoren war die Adaptation des Instruments Quality of Life in Depression Scale an die polnischen Verhältnisse. Die Skala dient zur Erfassung der Lebensqualität (definiert für das Bedürfniskonzept) und ist für die Patienten mit depressiven Störungen bestimmt. Seit der Zeit, als die Grundversion erschienen war, wurde das Instrument zur Anwendung in vielen, nicht nur europäischen Ländern angepasst.

Methode. Die englische Version des Instruments wurde übersetzt, indem man den Fragebogen ins Polnische übersetzt hat und dann wieder (ins Englische) durch vier qualifizierte Übersetzer re – übersetzt. Die auf diese Weise entstandene polnische Version wurde in den Pilotstudien eingesetzt.

Ergebnisse. Die Pilotstudie zeigte, dass sich die polnische Version des Fragebogens zur Erfassung der Lebensqualität in der Depression mit hoher Reliabilität charakterisiert.

Schlussfolgerungen. Der Fragebogen zur Erfassung der Lebensqualität in der Depression QLDS ist ein interessantes Instrument, weil es einen deutlichen Hintergrund besitzt. Die untersuchte Person kann ihn leicht ausfüllen und der klinische Arzt kann ihn leicht bewerten. Die angewandte Prozedur zur fachlichen Übersetzung und die bei der Anwendung des Instruments durchgeführte Pilotstudie lassen QLDS als wertvoll für die nächsten Studien einschätzen, nicht nur für die klinische Population sondern auch für den individuellen Kontakt mit dem Patienten.

Schlüsselwörter: Lebensqualität, depressive Störungen, Psychiatrie

Le questionnaire QLDS (Quality of Life in Depression Scale) – développement de cette échelle et sa version polonaise

Résumé

Objectif. Adapter le QLDS aux conditions polonaises. Cette échelle sert à mesurer la qualité de vie (définie par les termes des besoins) et elle est adressée aux patients souffrant des troubles dépressifs. De son début ce questionnaire est adapté dans plusieurs pays, non seulement européens.

Méthode. L'adaptation aux conditions polonaises consiste avant tout à la traduction de l'anglais en polonais et ensuite à la rétranslation (de polonais en anglais) – par quatre traducteurs qualifiés. La version polonaise finale sert aux études pilotes.

Résultats. Les études pilotes confirment que la version polonaise de QLDS est très fiable.

Conclusions. Le QLDS est l'instrument très intéressant à cause de son fondement théorique, de la facilité d'exécution par la personne examinée et de la facilité d'évaluation par le clinicien. La traduction par les spécialistes et les études pilotes font de ce questionnaire polonais l'instrument des recherches cliniques et des examens individuels.

Mots clés. Qualité de vie, troubles dépressifs, psychiatrie

Piśmiennictwo

1. Hunt SM, McKenna SP. *The QLDS: A scale for the measurement of quality of life in depression.* Health Policy 1992; 22: 307–319.
2. Wiersma D, van Busschbach J. *Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands.* Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001; 251: 239–246.

3. Slade M, Leese M, Cahill S, Thornicroft G, Kuipers E. *Patient-rated mental health needs and quality of life improvement*. Br. J. Psychiatry 2005; 187: 256–261.
4. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, Ruggeri M. *Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life*. Psychol. Med. 2005; 35: 1655–1665.
5. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. *Measuring health status*. London: Croom Helm; 1986.
6. McKenna SP, Hunt SM. *A new measure of quality of life in depression: Testing the reliability and construct validity of the QLDS*. Health Policy 1992; 22: 321–330.
7. Dupuy H. *The Psychological General Well-Being Index*. W: Wenger N. red. *Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies*. Nowy Jork: Le Jacq; 1984. s. 170–183.
8. Lizheng R, Namjoshi M, Swindle R, Yu X, Risser R, Baker R, Tohen M. *Effects of olanzapine alone and olanzapine/fluoxetine combination on health-related quality of life in patients with bipolar depression: secondary analyses of a double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial*. Clin. Ther. 2004; 26: 125–134.
9. Leidy NK, Palmer C, Murray M, Robb J, Revicki D. *Health-related quality of life assessment in euthymic and depressed patients with bipolar disorder. Psychometric performance of four self-report measures*. J. Affect. Disord. 1998; 48: 207–214.
10. Gregoire J, Leval N, Mesters P, Czarka M. *Validation of the quality of life in depression scale in a population of adult depressive patients aged 60 and above*. Qual. Life Res. 1994; 3: 13–19.
11. Maat S, Dekker J, Schoevers R, Aalst G, Gijsbers-van Wijk C, Hendriksen M, Kool S, Peen J, Van R, Jonghe F. *Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega analysis based on three randomized clinical trials*. Depress. Anxiety 2008; 25: 565–574.
12. Hudson J, Perahia DG, Gilaberte I, Wang F, Watkin G, Detke M. *Duloxetine in the treatment of major depressive disorder: an open-label study*. BMC Psychiatry 2007; 7: 43–55.
13. Molenaar PJ, Dekker J, Van R, Hendriksen M, Vink A, Schoevers RA. *Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression?* Depress. Anxiety 2007; 8: 553–562.
14. McKenna SP, Whalley D. *Can quality of life scales tell us when patients begin to feel the benefits of antidepressants?* Eur. Psychiatry 1998; 13: 146–153.
15. Tuynman-Qua H, Jonghe F, McKenna SP. *Quality of Life in Depression Scale (QLDS). Development, reliability, validity, responsiveness and application*. Eur. Psychiatry 1997; 12: 199–202.
16. McKenna SP, Doward LC, Kohlman T, Mercier C, Niero M, Paes M, Patrick D, Ramirez N, Thorsen H, Whalley D. *International development of the Quality of Life in Depression Scale (QLDS)*. J. Affect. Disord. 2001; 63: 189–199.
17. Cervera-Enguix S, Ramirez N, Giralá N, McKenna S.P. *The development and validation of a Spanish version of the quality of life in depression scale (QLDS)*. Eur. Psychiatry 1999; 14: 392–398.
18. Viola R, Lovas K, Szabo Z, Czenner Z, Meads D, Gyongyver S, McKenna S. *Evaluation of the psychometric properties of the Hungarian quality of life in depression scale*. Eur. Psychiatry 2008; 23: 49–52.
19. Berle J, McKenna SP. *Quality of Life in Depression Scale (QLDS): Adaptation and evolution of the psychometric properties of the Norwegian version*. Nord. J. Psychiatry 2004; 58: 439–446.

Adres: Agata Zdun-Ryżewska
Zakład Badań nad Jakością Życia
Katedry Psychologii
Gdański Uniwersytet Medyczny
80-210 Gdańsk, ul. Tuwima 15

Otrzymano: 4.03.2012
Zrecenzowano: 22.05.2012
Otrzymano po poprawie: 4.07.2012
Przyjęto do druku: 19.06.2013

ANEKS

Kwestionariusz Jakości Życia w Depresji

1. Chcę, żeby czas po prostu mijał.
2. Z nadzieją patrzę w przyszłość.
3. Mam trudności z podtrzymywaniem rozmowy.
4. Lubię wiedzieć, co dzieje się na świecie.
5. Mam wrażenie, że moje życie przemija bez śladu.
6. Mam wrażenie, że nie kontroluję swojego życia.
7. Niechętnie wychodzę z domu.
8. Ogólnie jestem zadowolony z tego, co robię.
9. Straciłem radość życia.
10. Czuję się tak, jakbym nie miał nikomu nic do zaoferowania.
11. Odsuwam się od ludzi, na których mi zależy.
12. Troszczę się o siebie.
13. Jestem w stanie myśleć o przyszłości.
14. Chcę się po prostu ukryć.
15. Nie mogę doczekać się różnych rzeczy.
16. Zapomniałem, jak to jest dobrze się bawić.
17. Chciałabym, żeby przyjaciele nie przeszkadzali mi, nie niepokoiili mnie.
18. Z łatwością radzę sobie z codziennymi zadaniami.
19. Odizolowałem się od innych ludzi.
20. Trudno mi podejmować nawet proste decyzje.
21. Czuję się tak, jakbym był ciężarem dla ludzi.
22. Większość czasu po prostu siedzę i patrzę w przestrzeń.
23. Nie potrafię przebywać z nikim twarzą w twarz.
24. Zamykam się w sobie, izoluję się od wszystkiego.
25. Zaniedbuję swój wygląd.
26. Potrafię spostrzegać radosne strony spraw, wydarzeń.
27. Mam trudności z rozumieniem tego, co ludzie do mnie mówią.
28. Czuję się tak, jakbym każdego rozczarowywał, zawodził.
29. Obawiam się każdego nadchodzącego dnia.
30. Jedzenie sprawia mi przyjemność.
31. Jeśli mogę, unikam ludzi.
32. Niechętnie otwieram drzwi i odbieram telefon.
33. Moje życie nie ma żadnego sensu.
34. Jestem w stanie zmagać się z codziennymi problemami.